Aus der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke
der Universität Marburg
(Direktor: Professor Dr. W. Uffenorde.)

Ueber Hörstummheit mit Vorschlägen betreffs Einschulung hörstummer Kinder.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Gesamten Medizin

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Frieda Stolze
aus Dingelstädt/Eichsfeld

Marburg 1932

Buchdruckerei Joh. Hamel, Marburg-Lahn

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 13. Oktober 1931.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.
Referent: Prof. Dr. H. Loebell.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Disposition.

Einleitung: Physiologische Stummheit.

1. Definition der Hörstummheit.
2. Symptomatologie.
3. Aetiologie.
4. Kasuistik.
5. Differentialdiagnose.
6. Therapie.
7. Prognose.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554407_0103

Jeder Mensch macht bekanntlich neben seiner allgemeinen körperlichen und geistigen Entwicklung auch eine Entwicklung seiner Sprache durch. Der Beginn des bewußten Sprechens ist bei den einzelnen Individuen sehr verschieden. Das weibliche Geschlecht, das ja auch früher nachzuahmen beginnt, spricht im Allgemeinen eher als das männliche. Im Großen und Ganzen kann man wohl sagen, daß im Verlaufe des zweiten Lebensjahres die Sprache als Gedankenaustausch, also das bewußte Sprechen, einsetzt. Bis dahin werden folgende Vorstufen der Sprechentwicklung durchlaufen: Mit dem ersten Schrei, der reflektorisch erfolgt infolge der „plötzlich veränderten Temperatur der Umgebung und der Veränderung des umgebenden Mediums" (Gutzmann), beginnt die Schreiperiode. Das Schreien des Neugeborenen drückt weder Lust noch Unlust aus sondern erfolgt rein reflektorisch. Erst um die 5. bis 7. Lebenswoche, wenn die Schmerzempfindlichkeit, die bis dahin noch kaum ausgeprägt war, normal wird, beginnt das Unlustschreien, das mit Lustschreien abwechselt. Es klingt wie ein langgezogenes a oder ä. Beim Unlustschreien unterscheidet man schon verschiedene Register. Auch kommt es bereits zu unwillkürlicher Konsonantenbildung dadurch, daß das Schreien vom Lippenverschlusse oder von einer anderen Verschlußstelle aus, die mit der Zunge gemacht wird, beginnt. Je älter das Kind wird, desto mehr wird das Schreien zum ersten Versuch einer Verständigung zwischen ihm und der Umwelt. Es beginnt zu schreien, wenn es Dinge erblickt, die einen besonders starken Eindruck bei ihm hervorrufen, und macht dabei gewöhnlich Strebebewegungen. Das Schreien drückt jetzt Begehren oder Lustgefühle aus.

Auf die Schreiperiode folgt die Lallperiode. Jetzt liegt das Kind schon längere Zeit, ohne zu schlafen, horcht und beobachtet, was um es vorgeht. Seine Sinne beginnen, sich allmählich schärfer zu entwickeln, und es drückt seine Anteilnahme und sein Wohlbehagen durch kleine Schreie und durch Vokal- und Silbenfolgen aus, die es vor sich hinsingt. Diese Silbenfolgen bestehen hauptsächlich aus dem Vokal a in Verbindung mit Konsonanten

des ersten und zweiten Artikulationsgebietes, wie: mamama, bababa, ana, adda. Auch andere Konsonanten wie k, g, ch, und Schnalzlaute entstehen jetzt. Diese Silben und Lautverbindungen erfolgen ebenfalls noch reflektorisch. Das Kind kann sie noch nicht nachmachen. Sie sind die ersten Spuren der spontanen Sprache beim Kinde, „die volutionellen und emotionellen ersten Sprachelemente".

Nach und nach entwickeln sich die intellektuellen Fähigkeiten des Kindes weiter. Es perzipiert nicht mehr allein, sondern beginnt zu apperzipieren. Es beobachtet Bewegungen und horcht auf Laute, die in seiner Umgebung ertönen und sucht sie nachzuahmen. Damit beginnt die Nachahmungsperiode. Diese leitet allmählich über zu der Periode, in der die Sprache zum Gedankenaustausch des Kindes geworden ist. Zunächst werden nur Gegenstandsworte nachgesprochen, die je nach Betonung oder der sie begleitenden Gebärde verschiedenes bedeuten. Daneben erscheinen im Wortschatz des Kindes einige Zeitworte, die Wunschcharakter tragen, wie: hamm = haben. Schließlich werden auch Eigenschaftswörter nachgesprochen, und wenn das Kind anfängt, Zweiwortsätze zu bilden, also zwischen zwei Worten Beziehungen zu schaffen, entstehen die ersten Urteile.

Die wichtigste Zeit in der Sprachentwicklung des Kindes ist sicher die Nachahmungsperiode. Sie ist von grundlegender Bedeutung für die ganze fernere Sprachentwicklung. Gerade in dieser Zeit wird bei vielen Kindern der Grund zu Sprachfehlern gelegt, besonders wenn die Eltern, Geschwister oder sonstige Personen der Umgebung des Kindes, z. B. im Hause lebende Verwandte oder Ammen, stottern oder lispeln, und dadurch das Kind veranlaßt wird, diese Fehler nachzuahmen. Besonders aber leidet in dieser Periode die Sprachentwicklung derjenigen Kinder, die durch Intelligenzdefekte oder durch Fehlen oder mangelhafte Ausbildung eines Sinnesorganes behindert sind, die Sprache ihrer Umgebung nachzuahmen. So kommen debile Kinder vielfach nicht über die Lallperiode hinaus, da sie nur perzipieren, aber nicht fähig sind zu apperzipieren. — Auch ist es bekannt, daß Blindgeborene meistens bedeutend später sprechen lernen als vollsinnige Kinder. Das blinde Kind hört wohl, was gesprochen wird, sieht aber die Mundbewegungen nicht, so daß es mühsam selbst erlernen muß, was andere Kinder beobachten und nachahmen. Auch gelangt der Blinde später zum Sprach-

verständnis, weil er die Gegenstände, von denen gesprochen wird, nicht sehen und erläuternde Gebärden nicht erfassen kann. Doch nicht nur das Auge spielt eine Rolle beim Erlernen der Sprache, sondern in weit höherem Maße das Ohr. Ohne Gehör erscheint dem Kinde die Bewegung der Sprechwerkzeuge sinnlos, da die begleitende Gebärde viel prägnanter und sinnreicher ist und nicht so mühevoll nachzuahmen. Kinder, die taub geboren sind, bleiben, wie eine vielfältige Erfahrung lehrt, bis auf einige Lallmonologe stumm, wenn sie nicht infolge besonderer Schulung zu verkehrsfähigen Menschen gemacht werden. Auch dann ist ihr Wortschatz ein beschränkter und ihre Sprache entbehrt des Wohllautes. — Ganz besonders bedauernswert aber sind Taubstummblinde. Ich brauche in diesem Zusammenhange nur an das Schicksal der Helen Keller zu erinnern, wie sie es selbst anschaulich schildert in ihren Werken: „Die Geschichte meines Lebens“ und „Mitten im Lebensstrom“.

I. Außer diesen nicht vollsinnigen gibt es noch eine Gruppe Kinder, bei denen die Sprechwerkzeuge intakt sind, die Intelligenz nicht wesentlich gestört ist und Gesicht und Gehör nicht herabgesetzt sind, und die trotzdem in ihrer Sprachentwicklung nicht über die Lallperiode hinausgekommen sind. Das sind die hörstummen Kinder.

Da der Begriff der Hörstummheit zur Zeit noch ein reichlich umstrittener ist, dürfte es angebracht sein, zu Beginn meiner Ausführungen die von den bekannten Autoren gegebenen einschlägigen Definitionen zu bringen. Vorerst möchte ich noch bemerken, daß heute die Bezeichnung „Aphasia congenita“ für Hörstummheit, wie sie früher gebräuchlich war (auch A. Kussmaul nennt sie so) durchaus abgelehnt wird, da unter Aphasie immer eine erworbene Sprachstörung zu verstehen ist, ein Verlust der schon vorhanden gewesenen Sprache.

So definiert Liebmann den Begriff Hörstummheit folgendermaßen: „Unter Hörstummheit versteht man die bei ausreichend hörenden, nicht idiotischen Kindern vorkommende angeborene Stummheit“. Früher von Schmalz als „Stummheit ohne Taubheit“ bezeichnet, erhielt die Störung von Coên den prägnanten Namen „Hörstummheit“.

H. Stern bringt in seinem bekannten Schema der Stummheit eine Diagnose der Hörstummheit. Ich bringe kurz das Schema und die Erklärung:

Stummheit (Mutitas):

1. Mutitas physiologica (ungefähr $^5/_4$ Jahr),
2. Mutitas physiologica prolongata = Audimutitas,
3. Surdo-Mutitas = Taubstummheit,
4. Mutitas idiotica (intellektuelle Stummheit).

Mutitas physiologica prolongata ist die Verlängerung des physiologischen Zustandes. Dies ist eigentlich wieder ein pathologischer Zustand; aber aus Gründen, die noch später ihre Begründung finden, kann man sie so bezeichnen. — Welche Bezeichnung finden wir in der Literatur außerdem für Mutitas physiologica prolongata? — Audimutitas (Hörstummheit)—. Da aber der Begriff Hörstummheit oder Audimutitas nicht nur bei Laien, sondern auch bei Aerzten zu vielen Mißverständnissen geführt hat, vor allem aber bei den Angehörigen des Kindes (das Wort „Stummheit" erregt große Besorgnis), so haben wir für diese Sprachentwicklung die Bezeichnung Mutitas physiologica prolongata gewählt. Also: Audimutitas trotz guten Gehörs und trotz guter Intelligenz.

Weiterhin sagt H. Gutzmann: „Eine besondere Art der Stummheit, die Hörstummheit (Alalia idiopathica — Coên), Audimutitas, oder auch Mutitas physiologica prolongata (H. Stern) zeichnet sich dadurch aus, daß der Patient alles Gesprochene leicht hört und gut versteht, aber selbst nicht sprechen gelernt hat. Das äußere Gesamtbild der Hörstummheit entspricht demnach der motorischen Aphasie".

Ferner gibt E. Fröschels folgende Definition in seinem Lehrbuch der Sprachheilkunde: „Die Hörstummheit ist ein Zustand, in dem sich jedes Kind in jenem Alter befindet, in welchem es, obwohl es hört, noch nicht sprechen kann. In dem Maße, wie es sprechen lernt, verliert sich dieser Zustand, was meist im ersten bis zweiten Lebensjahre zutrifft. Dauert er jedoch über das dritte Lebensjahr hinaus, so ist er mit Sicherheit pathologisch zu nennen."

Endlich bestimmt M. Nadoleczny den Begriff der Hörstummheit so: „Streng genommen dürfen nur jene Kinder als hörstumm bezeichnet werden, die nach dem dritten Jahre sich noch durch Gebärden verständigen, kein Wort reden, nachweislich

gut hören und nicht schwachsinnig sind." — „Die echte Hörstummheit ist wohl eine besondere sprachliche Entwicklungshemmung infolge abnormer Beschaffenheit des Gemüts- und Willenslebens (Hemmungen, mangelhafte motorische oder sensorische Aufmerksamkeit)."

Die letzte Begriffsbestimmung der Hörstummheit scheint mir das Krankheitsbild am klarsten zu umreißen. Ich werde sie daher den folgenden Ausführungen zugrundelegen und mit dem Begriff „Hörstummheit" stets die Definition von Nadoleczny meinen.

2. Wenn wir die Hörstummheit gegen Krankheitsbilder abgrenzen, die ihr sehr ähnlich sind, vielfach sogar nicht ganz korrekt für einander gebraucht werden, so gegen die „Verzögerte Sprachentwicklung" (Mutitas quasi physiologica prolongata = Stern) wie gegen die „Sprachliche Rückständigkeit" (Agymnasia articulatoria = Stern), so kommen wir damit zwangsläufig zur Symptomatologie der Hörstummheit:

Die Diagnose „Hörstummheit" ist man zu stellen berechtigt, wenn ein Kind nach Vollendung des dritten Lebensjahres in seiner Sprache nicht über die Lallperiode hinausgekommen ist, trotzdem die Sprechorgane normal entwickelt, Gehör und Gesicht ausreichend, Intelligenz und Sprachverständnis entsprechend dem Alter des Kindes nicht erheblich reduziert sind. Zu diesen Erscheinungen kommen bei einer Gruppe von Hörstummen, die manche Autoren besonders betrachten und als zur motorischen Form der Hörstummheit gehörig rechnen, noch hinzu: Mangel an Sprechantrieb, geringe Sprechgeschicklichkeit, verbunden mit allgemeiner körperlicher Ungeschicklichkeit, manchmal auch mit Linkshändigkeit, dazu Sprechunlust und ein schüchternes gehemmtes Wesen. In anderen Fällen, die als sensorisch Hörstumme bezeichnet werden (Nadoleczny bezeichnet den Ausdruck als eine contradictio in adjectu und empfiehlt für die sogenannte Seelentaubheit die Bezeichnung „akustische Unerweckbarkeit" nach A. Pick), treten folgende Symptome besonders hervor: eine ungenügende Auffassung des Gehörten und ein schlechtes Gedächtnis für Höreindrücke, wahrscheinlich eine Folge mangelhafter akustischer und vielleicht auch optischer Aufmerksamkeit.

3. Die Ursachen der Hörstummheit sind auch heute

noch in manchen Fällen vollständig unklar. Nadoleczny nennt als die hauptsächlichsten Momente: Geburtstraumen. Er nimmt mit Philipp Schwartz an, daß vielleicht bei lange dauernden Geburten, bei Zangengeburten, bei zu engem Becken u. s. w. durch die Blutungen Erweichungsherde im Gehirn entstehen, und daß es dadurch zu Schädigungen des Sprachgebietes der Hirnrinde kommt. Dafür soll das häufige Zusammentreffen von Hörstummheit mit motorischen Mängeln, motorischer Rückständigkeit und motorischem Infantilismus sprechen. Auch andere Traumen kommen in Betracht.

Weiterhin wären zu nennen: Blutsverwandschaft der Eltern, erbliche Belastung, weil solche Kinder oft aus Ehen stammen, in denen Sprach- und Gehörstörungen nachgewiesen sind. Liebmann fügt diesen Ursachen noch hinzu: die motorischen und sensorischen Hemmungen wie den Mangel an Aufmerksamkeit und Gedächtnis auf dem Gebiete der verschiedenen Sinnesempfindungen.

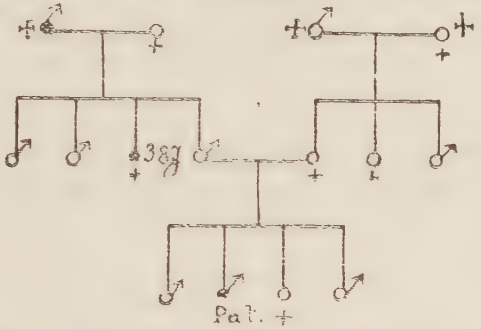
Fröschels denkt, ebenso wie Seemann, außerdem ebenfalls an organische Störungen des Zentralnervensystems.

Als seltenere ätiologische Momente kämen dann vielleicht noch in Frage: viele durchgemachte Infektionskrankheiten, Rachitis, syphilitische oder tuberkulöse Belastung, Zahnkrämpfe, Alkoholismus der Eltern, Alkoholismus der Kinder (Alkohol „zur Stärkung“ oder „zur Beruhigung“). Doch gibt es hierüber keine genauen zahlenmäßigen Angaben mit Berücksichtigung der gleichen Vorgeschichte bei Normalen. Anomalien der Sprechorgane, wie z. B. angewachsenes Zungenbändchen, Wolfsrachen oder auch eine vergrößerte Rachenmandel, dürften wohl kaum eine Rolle spielen.

4. Um zu den eben angeschnittenen Fragen Stellung nehmen zu können, möchte ich zunächst die mir von der Marburger Universitäts-Ohrenklinik, von der Homberger und der Bürener Provinzial-Taubstummenanstalt zur Verfügung gestellten Fälle von mehr oder minder reiner Hörstummheit bringen.

Fall 1:

Der achtjährige Knabe stammt von gesunden Eltern. Die Eltern sind nicht blutsverwandt. Tuberkulose und Lues sind in der Familie nicht ermittelt. Aus untenstehendem Stammbaum geht hervor, daß der Groß-



vater väterlicherseits an einer Sprachstörung litt, welcher Art konnte nicht festgestellt werden. Die Schwester des Vaters ist sprachgestört und imbezill. Der Patient ist zweites Kind. Er hat zwei Brüder und eine Schwester. Die Geschwister sind angeblich gesund. Die Geburt des Knaben war normal. Er ist natürlich genährt worden. Zugleich mit dem Erscheinen der ersten Zähne im fünften Monat bekam das Kind Krämpfe und Meningitis. Es lernte normal laufen. Gesprochen hat es nichts außer Papa und Mama. Es hat bis zum 5. Jahre eingenäßt.

Status bei der Aufnahme in der Sprachabteilung der Marburger Ohrenklinik: Der Knabe hat eine blasse Hautfarbe und einen etwas hypoplastischen Körperbau. Er ist körperlich gesund. Die Sprechorgane sind intakt. Eine kleine Rachenmandel ist vorhanden. Das Gehör ist normal, ebenso das Gesicht. Das Kind ist sehr ungeschickt, kann nicht nachzeichnen, sich nicht allein an- und auskleiden, ist nicht linkshändig. Es spielt meistens für sich allein, benimmt sich auch dabei recht ungeschickt, zerbricht sein Spielzeug und weiß nichts Rechtes damit anzufangen. Beschäftigt man sich mit ihm, so ist es sehr unruhig, sehr leicht abgelenkt und ermüdet schnell. Es hat anscheinend Freude an Musik, summt beim Spielen oft vor sich hin.

Zwecks Prüfung der Intelligenz und Erhebung des neurologischen Befundes war der Knabe einige Tage in der Marburger Nervenklinik zur Beobachtung. In dem Gutachten der Nervenklinik vom 18. Februar 1931 heißt es: „Objektiv findet sich bei dem Patienten neurologisch folgendes: Ganz leichte mimische Unruhe mit leichter Mundfacialisdifferenz, Strabismus convergens mit zeitweiser geringer Unruhe der bulbi. Starke choreiforme Unruhe der Zunge mit ausgesprochenen Mitbewegungen der Hände, besonders rechts, beim Herausstrecken der Zunge. Athetotisch-choreiforme Unruhe der Gliedmaßen mit Spasmus mobilis. Beim Gehen kein Pendeln der Arme, der rechte Arm ist dabei etwas stärker als der linke flektiert und abduziert.

Blut- und Liquorreaktionen sind negativ, eine intrakutane Tuberkulinreaktion 1 : 10 000 ist positiv.

Psychisch besteht volles Sprachverständnis, leichte Ablenkbarkeit. Das Intelligenzalter nach Binet-Simon entspricht etwa dem eines sechsjährigen Kindes, sodaß die Intelligenz des Kindes nicht sehr erheblich reduziert zu sein scheint. Die Prognose des Sprechenlernens erscheint uns nicht ungünstig".

Der Knabe ist, ehe er in die Sprachabteilung der Marburger Ohrenklinik aufgenommen wurde, $^3/_4$ Jahre in der Förderklasse der Homberger Taubstummenanstalt ohne Erfolg unterrichtet worden. Während seines vierwöchigen Aufenthaltes in der Marburger Ohrenklinik eignete er sich, wie ich selbst beobachten konnte, folgenden Wortschatz an, der zeigt, daß im Einzelunterricht, wenn auch mit vieler Mühe, Fortschritte im Sprechenlernen bei ihm erzielt werden können:

all oder ba = Ball
wauwau = Hund
ha oder hahn = Hahn
gaga = Huhn
heia = Bett oder Ei
mann = Mann
pipi = Vogel
titi = kleines Kind, Puppe
fa oder fahn = Fahne.

Ab und zu sprach er auch ein Wort, das nicht mit ihm geübt worden war, spontan aus, konnte es aber dann, spontan und auch auf Vorsprechen, nicht wiederholen.

Fall 2:

Das zehnjährige Mädchen stammt von gesunden Eltern, die nicht blutsverwandt sind. Sprachstörungen, Geisteskrankheiten, Kretinismus, Tuberkulose oder Lues sind in der Familie nicht vorhanden. Drei Schwestern des Kindes werden in der Schule als gute, über dem Durchschnitt stehende Schülerinnen bezeichnet. Das Mädchen ist das vierte Kind. Fehl- oder Totgeburten sind nicht voraufgegangen. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. Die Ernährung war natürlich.

Mit $1^1/_2$ Jahren machte das Kind einen schweren Typhus durch mit den Zeichen einer damit verbundenen Gehirnschädigung (mehrmals kurzes Aufschreien, Nackensteifigkeit, Opisthotonus). Nach Angaben der Mutter hat es seit der Krankheit nur wenig Fortschritte im Sprechen gemacht.

Bei der Aufnahme in die Homberger Taubstummenanstalt vor vier Jahren war das Sprechen des Kindes nach Angabe des Lehrers ein undeutliches Stammeln. Das Kind zeigte reges Interesse an allem, was in seiner Umgebung vorging. Es beschäftigte sich zweckmäßig, nahm an den Spielen seiner Altersgenossen teil, konnte auch einholen und Wege besorgen und machte durchaus den Eindruck eines normal intelligenten Kindes. Auch im Kindergarten, den es vorher besuchte, hat es sich seinem Alter entsprechend gut zu beschäftigen gewußt.

Meine jetzige Untersuchung des Kindes ergibt folgendes: Das Mädchen ist sehr zart, aber gut genährt und macht einen gepflegten, sauberen Eindruck. Herz und Lungen sind gesund. Es bestehen keine Anzeichen von Rachitis oder Tuberkulose. Die Muskel- und Periostreflexe sind normal. Das Kind zeigt ständig eine leichte motorische Unruhe. Es ist körperlich sehr geschickt, besonders im Zeichnen und im Anfertigen von Handarbeiten. Sich selbst überlassen zeigt es reges Interesse an allem, was um es vorgeht.

Augen und Ohren (äußeres Ohr, Gehörgang und Trommelfell) sind ohne krankhaften Befund. Auch die Untersuchung der Sprechorgane ergibt keinen besonderen Befund. Eine mittelgroße Rachenmandel ist vorhanden.

Die Untersuchung der Hörfähigkeit ergibt Gehör für Umgangsprache: leise gesprochene Worte werden 1—2 m weit vernommen. Auf Flüstersprache wird nicht reagiert, wobei wohl auch eine mangelhafte akustische Aufmerksamkeit mitspricht.

Das Kind spricht ziemlich wohllautend, aber übermäßig artikuliert. Es liest meistens vom Munde ab. Doch spricht es auch nach, wenn man ihm den Rücken zudreht oder den Mund beim Sprechen verdeckt. Es wird ziemlich alles nachgesprochen, jedoch erst, nachdem die Sätze mehrmals vorgesagt sind. Bekannte Sätze werden bei 3—4 maligem Vorsprechen richtig nachgesprochen. Unbekannte Worte werden beim ersten Male gleichsam als „melodische Skizze", erst beim vierten bis fünften Male richtig nachgesprochen. Spontan spricht das Kind wenig und dann meist in abgerissenen Sätzen und Interjektionen. Mit seinen Mitschülern unterhält es sich mittels Gebärden. Auf Fragen erhält man von der Schülerin, wenn es gelungen ist, ihre Aufmerksamkeit zu erfassen, laut- und sinnrichtige Antworten. Wenn sie jedoch eine Frage erfaßt hat, bleibt sie leicht daran kleben und antwortet bei den folgenden Fragen immer wieder mit der Antwort auf die erste Frage. Ihre Aufmerksamkeit ist sehr schwer auf die nächste Frage zu richten. Alles in allem genommen hat man den Eindruck, daß das Mädchen bei eingeschränkter Hörfähigkeit, normaler Intelligenz, genügendem Sprachverständnis und gutem Willen eine sehr mangelhafte akustische Aufmerksamkeit hat und daß es leicht ermüdet. Die Erfolge, die im Unterricht bisher erreicht sind, beweisen, daß die Prognose bei der Sprachkrankheit des Kindes bedingt günstig zu stellen ist.

Fall 3:

Das 1918 geborene Mädchen stammt angeblich von gesunden Eltern, die nicht blutsverwandt sind. Sprachstörungen, Geisteskrankheiten, Lues sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Das Mädchen war das erste von drei Kindern. Ein Bruder ist an Gehirnbasistuberkulose gestorben. Der andere Bruder ist tuberkulös erkrankt.

Die Geburt des Kindes verlief normal. Es ist 6 Wochen natürlich, dann künstlich genährt worden, hat mit 9 Monaten gehen gelernt. Mit 1½

Jahren erkrankte das Kind an Masern. Die Angehörigen geben an, daß von dieser Zeit an die Sprache keine Fortschritte machte.

Das Kind wurde 1926 in die Bürener Taubstummenanstalt aufgenommen, wo ich wiederholt Gelegenheit hatte, es zu beobachten. Es war ein sehr zartes, aber gut gebautes Kind ohne Anzeichen von Rachitis oder Tuberkulose. Es wußte sich gut zu beschäftigen, beteiligte sich auch an den Spielen seiner Altersgenossen, war aber sehr schüchtern. Als es in die Anstalt aufgenommen wurde, sprach es fast nichts, konnte aber etwas schreiben, da es vorher 1½ Jahre die Volksschule besucht hatte. Bei der Aufnahmeuntersuchung wurde das Kind vom untersuchenden Arzt für „fast taub" gehalten. Dieses Untersuchungsergebnis ist wohl darauf zurückzuführen, daß der Arzt nur einmal kurz Gelegenheit hatte, das Kind zu sehen und es überdies bei dem sehr schüchternen Kinde, das sich sprachlich nicht verständigen konnte, überhaupt schwer war, einigermaßen richtige, bei der Beurteilung nicht irreführende Angaben zu erhalten. Nach meinen Beobachtungen, die mir auch der Klassenlehrer bestätigte, hörte das Kind ausreichend. Die Aufmerksamkeit während des Unterrichts ließ bei dem Kinde, trotz guten Willens und Lerneifers, oft zu wünschen übrig. Es ermüdete ziemlich schnell. Die Intelligenz war normal, das Sprachverständnis gut. Das Kind hat in den 4 Jahren, die es in der Anstalt verbrachte, gut sprechen gelernt und überflügelte in seinen Schulleistungen seine taubstummen Klassengenossen. Im Herbst 1930 erkrankte das Kind an Gehirnbasistuberkulose und starb im Dezember, ohne daß eine Sektion möglich war.

Zusammenfassung:

Rückschauend müssen wir zu dem Schluß kommen, daß es sich bei zwei von den drei vorbeschriebenen Krankheitsbildern, und zwar bei Fall 1 und 3, um Hörstummheit handelt. Beiden Fällen sind gemeinsam folgende Symptome, die zur Diagnose „Hörstummheit" berechtigen: Fast vollständiges Fehlen der Sprache bei ausreichendem Gehör, nicht erheblich herabgesetzter Intelligenz und genügendem Sprachverständnis. Bei Fall 1 kommt hinzu: große motorische Ungeschicklichkeit, leichte Ablenkbarkeit und schnelles Ermüden bei gutem Willen. Aetiologisch kämen bei diesem Fall als exogenes Moment die Meningitis und die Krämpfe in Betracht (möglicherweise Hirnschädigung, dann wäre die Hörstummheit nur ein Befund), die beim Zahnen auftraten. Als wichtiger Faktor wäre die erbliche Belastung von Seiten des Vaters zu erwähnen, da Großvater und eine Schwester väterlicherseits an Sprachstörungen gelitten haben.

Fall 2 gehört nicht recht zum Thema im engeren Sinn. Wenn er hier doch mit aufgeführt wird, so geschieht es hauptsächlich aus differentialdiagnostischen Ursachen; wir haben ihn zunächst

für eine Hörstummheit gehalten. Doch das Kind ist schwerhörig. Die motorische Geschicklichkeit ist im Gegensatz zum 1. Fall gut. Es ermüdet sehr schnell. Am auffallendsten ist bei ihm der Defekt der akustischen Aufmerksamkeit. Die optische Aufmerksamkeit ist gut! Namentlich auch die Tatsache, daß das Mädchen erst nach mehrmaligem Vorsprechen nachsagt, deutet auf die Art der Sprachstörung hin. Es handelt sich im Fall 2 um eine Konsonantentaubheit der Kinder, wie sie Nadoleczny in seinem Lehrbuch (S. 41—48) unter den zentralen sensorischen Störungen abgehandelt hat. Als Ursache ist an eine Gehirnschädigung infolge des mit $1^1/_2$ Jahren überstandenen Typhus zu denken.

Fall 3 ist als Hörstummheit aufzufassen. Hier sind ähnlich wie bei Fall 2 Aufmerksamkeitsdefekte das hervorstechendste Moment neben leichter Ermüdbarkeit. Als Ursachen wären wohl eher tuberkulöse Belastung anzunehmen als die Masern, die das Kind mit $1^1/_2$ Jahren durchgemacht hat. Da ja alle drei Geschwister tuberkulös erkrankt und zwei an Gehirnbasistuberkulose gestorben sind, darf man wohl, auch wenn die Eltern angeblich gesund sind (ein genauer Untersuchungsbefund liegt nicht vor), auf eine starke Belastung nach dieser Richtung hin schließen.

5. Die kritische Betrachtung vorstehender Krankheitsbilder führt uns zur Differentialdiagnose. Bei den großen Schwierigkeiten, die die Untersuchung von Kindern macht, die nicht sprechen können, wird oft die Diagnose Hörstummheit gestellt, wo sie, wie eine längere Beobachtung und mehrfache genaue Untersuchung lehrt, nicht am Platze ist. Das zeigt auch unser Fall 2.

Der Hörstummheit nahe verwandt, aber in einigen Symptomen, in der Aetiologie, Prognose und Therapie doch gut von ihr zu unterscheiden (Nadoleczny, Handbuch Denker - Kahler Bd. 5), ist das Krankheitsbild der „verzögerten Sprachentwicklung". H. Stern spricht von einer „Mutitas quasi physiologica prolongata" und definiert dieses Krankheitsbild ungefähr folgendermaßen: Verzögerte Sprachentwicklung liegt vor, wenn ein Individuum bei normaler Intelligenz und normalem Gehör mit 18 Monaten noch gar nicht spricht. — Bei den Kindern mit verzögerter Sprachentwicklung handelt es sich also um jüngere Kinder. Vielfach ist bei diesen Sprachkranken der Nachahmungstrieb gering. Sprechunlust, mangelnde sprachliche und körperliche Geschicklichkeit,

Linkshändigkeit, Sprechunlust gehören zum Bilde der verzögerten Sprachentwicklung. Bei Aufmerksamkeitsstörungen handelt es sich mehr um Willensdefekte.

Auch bezüglich der Aetiologie unterscheidet sich, wie schon oben erwähnt, die verzögerte Sprachentwicklung von der Hörstummheit. Kinder mit verzögerter Sprachentwicklung sind oft einzige oder jüngste Kinder, sogenannte Großmutterkinder, die nicht sprechen lernen, weil ihnen von Anfang an jeder Wunsch im voraus erfüllt ist, bei denen eine Gebärde genügt, um den ersehnten Gegenstand zu erlangen. Hier sind Sprechfaulheit und mangelnder Wille der Grund des Nichtsprechenlernens. Vielfach leiden aber einzige Kinder im Gegenteil an einer gewissen Vernachlässigung insofern, als es ihnen an genügender sprachlicher Anregung fehlt. Es fehlen z. B. bei beruflich stark in Anspruch genommenen Eltern die Vorbilder, denen sie nachahmen können. Bei Kindern, die in den ersten Lebensjahren nicht die genügende Sorgfalt und Pflege genossen, oder die schwere Infektionskrankheiten,konsumierende Erkrankungen, wie Rachitis oder Tuberkulose, durchgemacht haben, verzögert sich die Sprachentwicklung infolge ihrer allgemeinen körperlichen und geistigen Schwäche. Sie „bringen jene Antriebe nicht auf, welche die Sprachentwicklung des gesunden Kindes fördern". (Nadoleczny).

Die Therapie der verzögerten Sprachentwicklung besteht neben guter Pflege und Ernährung in Förderung der körperlichen Geschicklichkeit durch geeignete Spiele, vor allem aber in vernünftiger Erziehung und in Anregung der Phantasie und Sprechlust des Kindes. Günstig wirkt auch die Unterbringung solcher Kinder in Kindergärten, wo sie im Verkehr mit anderen, gleichaltrigen Kindern die beste Anregung finden.

Die Prognose der verzögerten Sprachentwicklung ist stets durchaus günstig zu stellen. Wenn es erst gelungen ist, die Sprechlust und den Willen zum Sprechen wach zu rufen, lernen diese Kinder überraschend schnell sprechen.

Die Diagnose „verzögerte Sprachentwicklung" wurde auch in folgendem Fall gestellt:

Fall: 4:

Das dreijährige Mädchen stammt aus gesunder Familie. Geisteskrankheiten, Sprachstörungen, Lues und Tuberkulose sind in der Familie nicht

vorgekommen. Eine ältere Schwester des Kindes ist gesund, normal intelligent und hat rechtzeitig sprechen gelernt. Die Geburt des Kindes war normal, die Ernährung natürlich. Die Kleine lernte rechtzeitig laufen. Sie ist für ihr Alter gut entwickelt. Die körperliche Untersuchung ergibt keinen krankhaften Befund. Die Sprechorgane sind gesund. Das Gehör ist normal. Die Kleine ist sehr lebhaft. Sie macht einen intelligenten Eindruck, interessiert sich sehr für alles, was in ihrer Umgebung geschieht. Kleine Aufträge werden prompt erledigt. Das Sprachverständnis ist gut. Im Bilderbuch werden bekannte Tiere und Gegenstände auf Befragen sofort und richtig mit dem Finger bezeichnet. Das Kind spricht nur wenige Worte, und diese stark stammelnd, z. B. Mama, Papa, Beppel für Ball, Haun = Hund, Hott-Hott= Pferd, ist also ungefähr in der Lallperiode. Die Sprechwerkzeuge werden ziemlich ungeschickt gebraucht. Die Sprechlust ist bei der Kleinen sehr gering. Spontan spricht sie fast nichts. Im Nachsprechen hat sie während des 3 Monate dauernden Unterrichts in der Sprachabteilung der Marburger Ohrenklinik schon gute Fortschritte gemacht.

Einen Monat nach seiner Entlassung aus der Sprachabteilung hatte ich Gelegenheit, das Kind noch einmal zu untersuchen. Die Kleine zeigt jetzt große Sprechlust. Sie redet spontan fast den ganzen Tag. Es werden ziemlich alle Laute bis auf das sch gesprochen. Sie gebraucht jetzt Zwei- bis Drei- Wortsätze. Die einzelnen Worte werden gestammelt. Konsonantenfolgen werden noch nicht gesprochen.

Dieser Fall ist ein typischer Fall von verzögerter Sprachentwicklung. Bei guter Intelligenz, intaktem Gehör und vollem Sprachverständnis spricht das gesunde dreijährige Kind fast nichts, als es zur Aufnahme kommt. Ursache des Nichtsprechenlernens ist wohl Sprechfaulheit und Mangel an gutem Willen. Die Kleine ist als jüngstes Kind etwas verwöhnt und hat es nicht besonders nötig gehabt, sich sprachlich zu äußern.

Im Anschluß an diesen Fall möchte ich noch kurz über die Fälle von „verzögerter Sprachentwicklung" (der Begriff ist hier etwas weiter gefaßt, etwa bis zum 5. Lebensjahre) berichten, die seit Juni 1927 in der Sprachabteilung der Marburger Hals-, Nasen- und Ohrenklinik zur Aufnahme gekommen sind.

Bei 14 Fällen wurde die Diagnose „verzögerte Sprachentwicklung" gestellt. Davon scheiden bei kritischer Betrachtung 6 aus, bei denen mehr oder minder schwere Intelligenzdefekte festgestellt wurden.

Die Familienanamnese ergibt folgendes Bemerkenswerte: Bei einem Fall war ein Bruder geistig etwas zurückgeblieben. Bei einem weiteren Fall hat ein Bruder des Vaters erst mit 5 Jahren sprechen gelernt. Ein dritter hat einen Bruder, der spät sprechen gelernt hat. Bei einem anderen ist der Großvater väterlicherseits an Gehirnbasistuberkulose gestorben. Der Vater ist seit seiner Kriegsverletzung „nervös". Bei einem Kind sind beide Eltern und ein Bruder, ebenso eine Schwester des Vaters taubstumm. Endlich ist bei einem Kinde angegeben, daß beide Großväter Trinker sind.

Die Geburt war bei 11 Kindern normal. 2 Kinder sind zu früh geboren. Bei einem erfolgte Zangengeburt. 3 Kinder haben spät gehen ge-

lernt. 2 Kinder sind linkshändig. 2 Kinder haben im ersten Jahr Lungenentzündung gehabt. Ein Kind ist lungenkrank gewesen. Ein Kind hat mit wenig Wochen lange in der Kinderklinik gelegen wegen Blutarmut. Ein Kind hat Rachitis gehabt. 3 Kinder haben hypertrophische Rachenmandeln. Das Gehör ist bei allen Fällen gut.

Neben der verzögerten Sprachentwicklung wäre auch die „sprachliche Rückständigkeit" (Agymnasia articulatoria Sterns) hier zu nennen. H. Stern definiert das Krankheitsbild wie folgt: „Unter sprachlicher Rückständigkeit verstehe ich einen Komplex von Sprachanomalien, dessen Wesen in einer mehr oder minder großen Herabsetzung der Fähigkeit, den Sprechmechanismus, speziell was Artikulation, Sprechtempo und Sprechmelodie anbelangt, in physiologischen Grenzen ablaufen zu lassen, besteht, wodurch es zu Störungen coordinatorischer sowie sprachästhetischer Natur kommt". Dieses Krankheitsbild wird am häufigsten bei Patienten im Alter von 7—14 Jahren beobachtet. Es ist gewissermaßen die Fortsetzung der verzögerten Sprachentwicklung. Uebereinstimmend mit der Hörstummheit und verzögerten Sprachentwicklung handelt es sich bei der sprachlichen Rückständigkeit um Kinder mit normaler Intelligenz. Die Krankheitsbilder unterscheiden sich schon dadurch, daß bei den beiden ersterwähnten die Sprache im Wesentlichen fehlt, während sie bei der sprachlichen Rückständigkeit ziemlich vollständig vorhanden ist und nur „im Verlaufe des Sprechvorganges einen defekten Eindruck erweckt". Auch durch die Aetiologie kann diese von den oben genannten Sprachkrankheiten abgegrenzt werden.

Stern teilt die ätiologischen Momente in 6 Gruppen ein:

„1. Fälle, deren Sprachanomalienursache auf neurasthenischer oder hysterischer Basis beruht. 2. Fälle, bei denen eine gewisse Indolenz und Nachlässigkeit des Individuums zu den beschriebenen Sprachstörungen führt. 3. Fälle, wo die motorischen Fähigkeiten im Allgemeinen und speziell die Sprachgeschicklichkeit mit all ihren Konsequenzen herabgesetzt sind. 4. Fälle, wo es sich um eine Störung der Willensfähigkeit, um eine Abulie und deren Folgen auf die Sprachproduktion handelt. 5. Fälle, wo wir im Sinne Kußmauls als Ursache für die Sprachstörung eine angeborene reizbare Schwäche des coordinatorischen Sprachzentrums annehmen, die nicht, wie in anderen Fällen, direkt zum Stottern, sondern nur zu einer mehr oder minder großen Beeinträchtigung des Sprechtempos, des Sprechablaufes, der Sprachmelodie etc. geführt hat. 6. Fälle, deren sprachliche Anomalien die letzten Ausläufer, Rudimente und Residuen einer organischen, meist cerebralen Nervenerkrankung darstellen."

Seemann bezeichnet die sprachliche Rückständigkeit als eine Spätfolge der Hörstummheit. Richtiger würde man vielleicht sagen, sie sei eine Spätfolge der verzögerten Sprachentwicklung und der Hörstummheit. Damit ist die Möglichkeit fließender Uebergänge der einzelnen Krankheitsbilder zugegeben.

Für die Schwierigkeit der Diagnose spricht ein Fall, der in die Sprachabteilung der Marburger Universitäts-Ohrenklinik kam.

Das 11 jährige Mädchen, bei dem neben schwersten Entwicklungsstörungen im Knochensystem unter anderem auch eine Arachnodaktylie bestand, war äußerst schüchtern. Ohren und periphere Sprechorgane boten keinen krankhaften Befund. Die Kleine sprach in der Klinik, wo sich in der Sprachabteilung geschulte Kräfte mit ihr beschäftigten, kein Wort, desgleichen in der Universitäts-Nervenklinik, wo sie zunächst für debil gehalten wurde, bis sie eines Tages mit einer Frau, die aus ihrem Heimatdorfe stammte, zusammen kam. Da konnte sie plötzlich sprechen und zwar in ihrem heimatlichen Dialekt. Es hatte sich um ein sehr sprachscheues Kind gehandelt, das freiwillig verstummte. Vielleicht könnte man in diesem Fall auch von Dialektstummheit sprechen.

Bei meinen Untersuchungen an Hörstummen wurden mir mehrfach Kinder mit der Diagnose „Hörstummheit" vorgestellt, die bei näherer Untersuchung so grobe Gehördefekte zeigten, daß ihre Schwerhörigkeit, wie z. B. mein Fall 2 oder Fall R. J. in Nadolecznys Lehrbuch S. 42/3, allein den Grund ergab dafür, daß sie nicht sprechen lernten. Solche Kinder dürften natürlich nicht unter die Hörstummen gerechnet werden, da ja bei ihnen auch die Therapie eine andere sein muß (Ablese- und Artikulationsunterricht in einer Schwerhörigen- oder Taubstummenanstalt).

Bei anderen Fällen fanden sich bei genauer Untersuchung Intelligenzdefekte, von leichter Debilität angefangen bis zu ausgesprochener Idiotie. Bei diesen Kindern ist wohl die Bezeichnung „Mutitas idiotica" richtiger als die Diagnose „Hörstummheit". Schließlich macht die Abgrenzung der Hörstummheit oft große Schwierigkeiten gegenüber den verschiedenen Arten der Aphasie, wie der traumatischen, der infektiösen [1]), der Schreck- und Reflexaphasie, der Aphasia voluntaria (nach Sprachfehlern, Gaumenspaltenoperationen. Fall Dialektstummheit). Hier wird die genaue Anamnese auf den richtigen Weg führen. Wenn die Vorgeschichte ergibt, daß der Patient schon gesprochen, aber die Sprache aus irgend einem Grunde verloren hat, ist Hörstummheit auszuschließen.

[1]) Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der Fall 1 mit Meningitis keine reine Hörstummheit.

6. Nunmehr käme ich zu der Besprechung der Therapie der Hörstummheit. Vorausschicken möchte ich gleich, daß man niemals unnütze Operationen vornehmen soll, da man dadurch die Kinder nur noch mehr scheu macht und so eher schadet als nützt. Ein „angewachsenes Zungenbändchen" ist niemals zu operieren, eine Rachenmandel nur dann zu entfernen, wenn sie wirklich ein Atmungshindernis bildet, die Indikation also wie bei jedem anderen Patienten gegeben ist. Neben der Hauptbehandlung, die durch geeignete Sprachbehandlung die Behebung der Stummheit zur Aufgabe hat, ist auch die Allgemeinbehandlung nicht zu vernachlässigen. Sie hat den Zweck, das Kind durch Regelung der Verdauung und durch eine geeignete Diät körperlich zu kräftigen. Die Diät besteht am besten in kräftiger gemischter Kost mit viel Gemüse, frischem Obst und wenig Fleisch. Ferner soll die motorische Geschicklichkeit gefördert werden durch Turnen und Bewegungsspiele, möglichst im Freien. Das Turnen dient auch einer gewissen Erziehung zur Selbstdisziplin, zum Selbstvertrauen und zur Willenskräftigung, die für solche Kinder ungeheuer wichtig ist. Günstig sowohl für die Erziehung wie für die sprachliche Anregung ist für diese Kranken oft auch das Versetzen in eine andere Umgebung, das Zusammenbringen mit Kindern gleichen Alters, so z. B. in Kindergärten, wo im Spiel mit anderen Kindern der Nachahmungstrieb geweckt und gefördert wird. — Die eigentliche Therapie ist aber die Sprachbehandlung. Am besten wäre wohl für Hörstumme der Einzelunterricht, wie er in Sprachabteilungen bedauerlicherweise noch nicht aller Universitäts-Ohrenkliniken gehandhabt wird. Leider ist diese Forderung aus pekuniären Gründen zur Zeit noch nicht durchführbar. Damit wird die Frage der Einschulung hörstummer Kinder aktuell, eine Frage, die bis heute nur in sehr unvollkommener Weise gelöst ist. Bisher wurden die hörstummen Kinder vielfach in Taubstummenanstalten untergebracht, wo sie denselben Unterricht erhielten wie ihre taubstummen Altersgenossen. Diese Art der Einschulung ist schon aus sozialen Gründen ungünstig; denn damit werden die Hörstummen mit den Taubstummen auf eine Stufe gestellt und wie diese gewissermaßen von den Vollsinnigen isoliert, was ihnen später ihre Stellung im Gesellschafts- und Verkehrsleben sehr erschwert. Vor allem aber leidet ihre Ausbildung ungemein, wenn nicht der Lehrer sich ihrer besonders annimmt und sie weiter zu fördern sucht als ihre Klassengenossen, wodurch aber

leicht wieder die Fortbildung letzterer leidet. Die hörstummen Kinder lernen in diesem Unterricht wohl sprechen, aber in der scharf artikulierten Sprache der Taubstummen. (So kenne ich ein ehemals hörstummes Kind, das vor mehr als 5 Jahren von einem Taubstummenlehrer unterrichtet wurde und das heute noch durch seine monotone, scharf artikulierte Sprechweise auffällt). (vergl. auch Fall = 7 j. Knabe in Nadolecznys Lehrbuch S. 51/2). Ungünstig für sie ist auch, daß sie vom Munde ablesen lernen, wodurch ihre akustische Aufmerksamkeit, die ja oft schon defekt ist, noch mehr Schaden leidet. Ferner bleiben sie infolge des für Taubstumme zugeschnittenen Unterrichts, was Sprachverständnis und Sprachumfang betrifft, weit hinter ihren vollsinnigen Altersgenossen zurück. Vielfach aber stehen sie noch unter dem Niveau ihrer taubstummen Klassenkameraden, da ihr Hörvermögen kaum ausgenutzt wird, ja ihr Gehör ihnen im Unterricht nur hinderlich ist (Hörende lernen bekanntlich sehr schwer ablesen) und sie infolge ihrer leichten Ermüdbarkeit und ihrer Aufmerksamkeitsdefekte dem Unterricht oft schwer zu folgen vermögen.

In letzter Zeit hat man der Schulung hörstummer Kinder besser gerecht zu werden versucht, indem man an einigen Taubstummenanstalten Förderklassen einrichtete, in denen sprachkranke Kinder unterrichtet werden. Ich hatte Gelegenheit, eine solche Förderklasse in einer Anstalt zu besuchen und dem Unterricht beizuwohnen, hatte aber den Eindruck, daß auch hier das Problem nicht gelöst war. Artikulations- und Ableseunterricht spielten hier wie dort die Hauptrolle. Ferner wendeten die Kinder durchweg im Verkehr untereinander die Gebärdensprache an, wie auch der Lehrer im Unterricht vielfach die Gebärde zu Hilfe nahm. Die Taubstummenlehrer sind eben, wie sie ja selbst immer betonen, als Sprachbildner und nicht als Sprachlehrer ausgebildet. Sie haben wohl auf diesem Gebiet eine große Erfahrung für sich. Es fehlt ihnen aber die nötige Vorbildung für den Unterricht sprachkranker Kinder. Doch ist die Einrichtung dieser Förderklassen als Versuch, und da es vorläufig noch an Besserem mangelt, dankenswert und anzuerkennen.

Wünschenswert wäre es, wenn alle hörstummen und ähnlich sprachgebrechlichen Kinder von der öffentlichen Fürsorge erfaßt und in Sprachheilschulen untergebracht würden, wie es deren

in zahlreichen Städten u. a. in Hamburg, Berlin, Halle, Karlsruhe, Magdeburg gibt. Hier werden die Kinder von ausgebildeten Sprachheillehrern unterrichtet und zu verkehrsfähigen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft herangebildet. Zu diesem Zwecke wäre es aber nötig, daß für die sprachgestörten Kinder, in gleicher Weise wie für die Taubstummen, Schulzwang bestände. Vor allem aber müßten die Schulärzte mehr als bisher als Sprachheilärzte ausgebildet werden und auch über die Schulungsmöglichkeiten sprachgestörter Kinder unterrichtet sein, damit diese rechtzeitig den öffentlichen Sprachheileinrichtungen zugeführt werden könnten. Wien ist in dieser Beziehung vorbildlich. Es hat seit einigen Jahren in Professor E. Fröschels einen Schulfacharzt für Sprachstörungen, der die Kinder nicht nur vor ihrer Aufnahme in die Schule, sondern auch während der Schulzeit regelmäßig untersucht und die Lehrer berät.

Die Ausbildung der Sprachheillehrer muß, wenn gute Erfolge in der Sprachheilschule erzielt werden sollen, gründlich und umfassend sein. Leider wird sie in Deutschland noch nicht einheitlich gehandhabt. In Hamburg ist am 1. 3. 1928 eine vorläufige „Ordnung der Prüfung für das Lehramt an Sprachheilschulen in Hamburg" in Kraft getreten, die eine gute Ausbildung gewährleistet und deshalb als Grundlage für die einheitliche Ausbildung der deutschen Sprachheillehrer genommen werden könnte. Darin heißt es: „Der Bewerber hat nachzuweisen, daß er die erste und zweite Lehrerprüfung abgelegt, sich mindestens 2 Jahre an einer Hamburgischen Sprachheilschule vorgebildet und zu seiner wissenschaftlichen Ausbildung in mindestens vier Halbjahren die erforderlichen Universitätsvorlesungen und Uebungen besucht hat". Nach einem Vorschlag Hamburger Sprachheillehrer soll sich die Ausbildung erstrecken auf „Anatomie, Physiologie und Pathologie des Zentralnervensystems, der Sprechwerkzeuge und des Ohres, soweit sie zum Verständnis der Sprachkrankheiten nötig sind; Pathologie der Sprache und Stimme; Sprachpsychologie auf der Grundlage der Sprachentwicklung beim Kinde; Psychopathologie des Kindesalters, im besonderen Wesenskenntnis des sprach- und gehörgeschädigten Kindes; Phonetik; Behandlung von Sprachkrankheiten aller Art; Verhütung von Sprach- und Stimmstörungen in der Schule; Bekanntschaft mit

der Praxis der Taubstummen- und Schwerhörigenschule; Geschichte des Unterrichts für Gehör- und Sprachgeschädigte". Diese Hinweise auf die Beschulungsmöglichkeiten mögen genügen.

Wie soll man nun sprachtherapeutisch bei Hörstummen vorgehen? Niemals soll man sie zum Nachsprechen zu zwingen suchen, da man sie dadurch nur noch sprechunlustiger macht und damit jeder Therapie von vornherein den Weg verlegt. Die Hauptaufgabe besteht darin, „die Phantasie des Kindes durch spielendes Vorgehen anzuregen und seinen Nachahmungstrieb ganz allgemein und insbesondere den von Lauten zu erwecken". Am bekanntesten ist wohl folgende, oft zitierte Methode Liebmanns, die sich gut bewährt hat: Man schneidet aus einem Buche in Gegenwart des Kindes sehr umständlich einen Ball aus, klebt ihn, ohne dabei scheinbar auf das Kind zu achten, in ein Heft mit weißem Papier und zwar als einziges Bild auf eine Seite. Dabei spricht man dauernd explosivartig das Wort „Ball" aus. So macht man es mit den Zeichnungen der verschiedensten Gegenstände. Dabei irrt man sich schließlich einmal scheinbar, indem man statt „Ball" z. B. „Muh" sagt. Das Kind will den Irrtum aufklären und beginnt zu sprechen. Hat man erst erreicht, daß das Kind ein Wort spricht, ist also, wie H. Stern sagt, der „Durchbruch" erfolgt, so ist schon viel gewonnen. Man muß nun die Sprache des Kindes weiter aufbauen, wie es beim Normalen geschieht, ohne das Kind aber durch ungeduldiges Vorwärtsdrängen sprachscheu zu machen.

7. Die Prognose der Hörstummheit ist im allgemeinen nicht ungünstig, doch von verschiedenen Umständen abhängig, so von der Aetiologie, Art und Schwere einer erblichen Belastung, eines schweren Geburtstraumas, einer Infektionskrankheit u. a. Ferner ist die Art der Krankheitserscheinung bei Hörstummheit prognostisch zu bewerten. Bei Kindern mit schweren Aufmerksamkeitsmängeln wird ein therapeutischer Erfolg mühsamer zu erreichen sein als bei solchen, die nur vermöge ihrer motorischen Ungeschicklichkeit nicht sprechen. Hauptsächlich ist jedoch die Therapie bestimmend für die Prognose. Eine richtige, mit der nötigen Geduld angewandte Behandlung wird schließlich immer zum Erfolg führen. Damit kommen wir wieder zur Schulung unserer Kinder. Je besser die Schulverhältnisse, je gründlicher die

Ausbildung der Lehrer, worauf ja schon eingehend hingewiesen wurde, desto günstiger wird die Prognose der Hörstummheit zu stellen sein. Daß bei sorgfältiger, geduldiger Behandlung gute Erfolge erzielt werden können, zeigt Fall 3 der von mir angeführten Fälle. Das Mädchen hatte in den 4 Jahren seiner Schulzeit schon gut sprechen gelernt und überflügelte in seinen Schulleistungen seine taubstummen Klassengenossen. Bei den beiden anderen Fällen ist die Prognose nicht so günstig zu stellen, da der eine schwerhörig war, der andere schwere akustische Aufmerksamkeitsdefekte zeigte und bei Fall 1 außerdem erbliche Belastung vorliegt. Doch wird auch bei diesen beiden Fällen immerhin ein genügender Erfolg zu erzielen ein.

Schrifttum.

Brauckmann: Das gehörleidende Kind. Verlag Gustav Fischer, Jena 1931 (nach Abschluß der Arbeit erschienen).

Brock: Weiterer Beitrag zur Lehre von der Arachnodaktylie. Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 47. 1929. H. 6.

Fröschels: Lehrbuch der Sprachheilkunde. Leipzig-Wien 1925.

Gutzmann, H.: Sprachheilkunde. Berlin 1924.

Hansen: Die Problematik der Sprachheilschule in ihrer geschichtlichen Entwicklung. Halle 1929.

Helen Keller: Die Geschichte meines Lebens. Deutsch von P. Seliger.

„ : Mitten im Lebensstrom. Deutsch von Eugenie Gutbrod.

Kußmaul: Die Störungen der Sprache. Leipzig 1885.

Lewandowsky-Hirschfeld: Praktische Neurologie für Aerzte. Berlin 1923.

Liebmann: Hörstummheit. Berlin 1925.

Loebell: Hörstummheit. Probevorlesung. Marburg 1926.

Nadoleczny: Hörstummheit. Im Handwörterbuch der medizinischen Psychologie von K. Birnbaum.

„ : Sprach- und Stimmheilkunde. Leipzig 1926.

„ : Sprachstörungen. Im Handbuch der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde von Denker-Kahler. Bd. 5. Berlin 1929.

„ : Hörstummheit und sensorische Störungen im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 3.

Riemann: Taubstumm und blind zugleich. Berlin 1916.

Seemann: Ueber Hörstummheit. Auf dem Kongreß der internat. Ges. f. Logopädie und Phoniatrie. Prag, 8.—10. Sept. 1930.

Stern, H.: Sprachlich rückständige Kinder. Wiener Medizinische Wochenschrift 1926. H. 29.

Lebenslauf.

Ich, Frieda Maria Stolze, wurde geboren am 17. Mai 1905 zu Dingelstädt (Eichsfeld), legte Ostern 1925 auf der Oberrealschule zu Marburg (Lahn) meine Reifeprüfung ab und verbrachte meine vorklinischen Semester in Marburg, wo ich nach dem Wintersemester 1927/28 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Die klinischen Semester studierte ich in Marburg, Kiel und Düsseldorf. Am 26. Januar 1931 beendete ich in Marburg mein Staatsexamen. Vom 1. Februar bis zum 1. Mai 1931 war ich als Medizinalpraktikantin an der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik der Universität Marburg tätig. Seit dem 1. Mai arbeite ich als Medizinalpraktikantin an der Provinzial-Heilanstalt Warstein (Westf.).

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

in Marburg: *von Auvers, Claußen, Dittler, Göppert, Jacobshagen, Korschelt, Kutscher, Nauck, Schäfer, Strecker.*
Bonhoff, Burckhardt, Eimer, Freudenberg, Gürber, Grüter, Hildebrand, Kehrer, Klapp, Klewitz, Kretschmer, Läwen, Loebell, Neumann, Ruete, Schenk, Schwenkenbecher, Uffenorde, Versé, Wiedhopf.

in Kiel: *Anschütz, Bürger, Erbsen, Grauhan, Heine, Külz, Schittenhelm, Schröder, Specht, Zimmermann.*

in Düsseldorf: *Appelius, Berg, Boden, Graf, Haberling, Krauß, Manteufel, Oertel, Schmidt, Sioli, Stern, Thannhauser.*